

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 56.

PACHYVAGINALITE ET HÉMATOCÈLE

DE NATURE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CAUSERET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Nancy, le 4 novembre 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

PACHYVAGINALITE
ET HÉMATOCÈLE

DE NATURE TUBERCULEUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 56.

PACHYVAGINALITE ET HÉMATOCÈLE

DE NATURE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CAUSERET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Nancy, le 4 novembre 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		X...
Physique médicale.		AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		X...
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BORDIER.	MM. REGAUD.	MM. GAYET.
PIC.	COURMONT (P.)	CAUSSE.	MOREL.
PAVIOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	GHAUVET.	NICOLAS.
BERARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUC.			PLAUCHU, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; SAMBUG, *Assesseur*;

MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS :

ETIENNE MARTIN ;

EMILE WINKLER ;

LOUIS JACQUINOT.

Témoignage de fraternelle affection.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Dans sa première leçon clinique de l'année dernière, M. le professeur Poncet eut l'occasion de nous présenter un cas d'hématocèle vaginale dont l'étiologie était assez obscure. Le malade qui en était atteint ne pouvait en effet donner aucun renseignement précis sur le début de l'affection, affirmant seulement que la tuméfaction scrotale s'était développée peu à peu, sans qu'un traumatisme quelconque puisse en expliquer l'origine.

Comme le malade signalait dans ses antécédents une enfance malade, M. le professeur Poncet avait incidemment soulevé l'hypothèse d'une étiologie bacillaire, rapprochant ainsi l'hématocèle de l'hydrocèle tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, l'opération fut pratiquée et suivie de castration, mais on ne remarqua rien, ni sur le testicule, ni sur la séreuse vaginale épaissie et stratifiée qui rappelât les lésions tuberculeuses. Les examens histologiques pratiqués par M. le docteur Dor ne donnèrent pas de résultats appréciables, et l'on nota seulement une certaine tendance des éléments examinés à se colorer comme les éléments tuberculeux. Mais, cette tendance ne permettant pas

d'être nettement affirmatif sur la nature tuberculeuse de la pachyvaginalite, on ne poussa pas plus avant les recherches et les inoculations ne furent pas pratiquées.

Pourtant, et par ce fait même qu'il avait soulevé l'hypothèse d'une étiologie bacillaire, M. le professeur Poncet pensa que cette question toute nouvelle méritait d'être étudiée de plus près, et c'est dans ces conditions qu'il voulut bien nous confier le soin de traiter ce travail.

Sous le nom de pachyvaginalite et d'hématocèle de nature tuberculeuse, nous aurions voulu entendre uniquement des pachyvaginalites avec hématocèle produites par le bacille tuberculeux ou ses toxines et ne donnant lieu qu'à des lésions purement inflammatoires. C'était là un chapitre nouveau de cette variété de tuberculose purement réactionnelle, sans caractères spécifiques, et que M. le professeur Poncet a mis au jour avec le rhumatisme tuberculeux articulaire et abarticulaire.

Malheureusement, les observations d'hématocèle vaginale n'ont pas été prises au point de vue de la tuberculose possible, et la question envisagée sous ce jour est de date trop récente pour que nous ayons pu disposer de matériaux suffisants.

Aussi, notre titre comporte-t-il l'étude de toutes les manifestations tuberculeuses de la vaginale aboutissant à l'hématocèle classique.

C'est dire déjà que nous envisagerons d'abord rapidement les pachyvaginalites secondaires à des lésions testiculaires, moins importantes à notre point de vue

que les pachyvaginalites primitives, autrement dit sans lésions du testicule, qui nous occuperont plus longuement. En nous plaçant sur le terrain de l'anatomie pathologique, nous envisagerons les pachyvaginalites avec édification pathologique tuberculeuse, et les pachyvaginalites inflammatoires sans produits tuberculeux au sens classique de ce mot et relevant cependant de l'empoisonnement tuberculeux.

Nous tiendrons compte dans notre étude de ce fait que l'hématocèle peut se produire dans deux conditions étiologiques différentes : tantôt la vaginale est déjà le siège d'un épanchement séreux (pachyvaginalite avec hydro-hématocèle), tantôt elle est saine en apparence ou du moins n'est pas distendue antérieurement par un liquide (pachyvaginalite avec hématocèle d'emblée).

Le sujet dont nous abordons l'étude est trop neuf par certains côtés pour que nous pensions avoir fait œuvre complète. Il nous a paru toutefois intéressant de chercher à faire rentrer dans certains chapitres de pathologie générale concernant la tuberculose, des inflammations néo-membraneuses hémorragiques de la vaginale, inflammations de cause encore mal déterminée et qui offrent les plus grandes analogies avec celles observées pour les grandes séreuses de l'économie.

Nous suivrons dans notre étude le plan suivant :

Un premier chapitre contiendra un historique rapidement traité.

Un deuxième établira les deux grandes classes de pachyvaginalites tuberculeuses que nous considère-

rons successivement et tout d'abord la pachyvaginalite avec lésions tuberculeuses spécifiques, pouvant succéder à hydrocèle, c'est-à-dire avec hydro-hématocèle.

Un troisième traitera de la seconde catégorie dite pachyvaginalite hémorragique primitive ou hématocèle d'emblée, avec lésions purement inflammatoires sans édification pathologique tuberculeuse.

Un quatrième comprendra un essai d'interprétation pathogénique.

Dans un cinquième, nous donnerons les observations que nous avons pu rassembler et dans un dernier chapitre, nos conclusions.

C'est à M. le professeur Poncet que revient l'idée première de ce travail ; avec sa bienveillance habituelle il a bien voulu faciliter notre tâche. Qu'il nous permette de le remercier ici de tous les conseils qu'il nous a prodigués et du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Les anciens définissaient l'hématocèle un épanchement de sang à l'intérieur de la vaginale. Cet épanchement, Cooper l'attribuait à l'altération de la constitution, Boyer à la dyscrasie sanguine, tandis que Pott n'y voyait que l'effet de la ponction des bourses employée comme traitement de l'hydrocèle. D'autres encore en recherchaient les causes dans les efforts musculaires et dans les modifications de la pression sanguine au cours des maladies du foie, des reins et des poumons.

Cooper, Boyer et Pott avaient observé cependant qu'un sac fibreux enveloppait ce contenu hémorragique. Velpeau le premier chercha à donner une explication de ce fait. Il considéra l'épaississement de la vaginale comme la conséquence du dépôt de la fibrine du sang répandu dans la cavité ; il y ajoutait l'exsudation de lymphé plastique. Cloquet parla en outre dans sa thèse inaugurale du rôle joué par la réaction inflammatoire de la séreuse irritée par le sang ; lui encore faisait passer l'hémorragie avant la lésion de la séreuse. Cruveilhier, pourtant, avait déjà montré que les hémorragies des cavités séreuses sont des hémorragies secondaires et que c'est la sérïte qui est primitive.

C'est à Gosselin que revient l'honneur d'avoir le premier appliqué cette théorie de la sérite précédant l'hémorragie à l'interprétation des lésions de l'hématocèle. Et depuis, cette idée consacrée par Jamain dans sa thèse d'agrégation a fait foi.

Le premier en effet, Gosselin a bien mis en relief les deux faits caractéristiques de l'hématocèle vaginale : l'épaississement de la séreuse vaginale ou pachyvaginalite et l'épanchement de sang dans l'intérieur de sa cavité constituant l'hématocèle proprement dite.

L'épaississement de la séreuse vaginale tient à deux causes distinctes : la prolifération propre de la séreuse et du tissu conjonctif qui la double extérieurement, et l'apposition à sa face interne de néomembranes progressivement superposées, formant ainsi une série de stratifications.

C'est ce second élément, c'est la formation de la néomembrane qui domine l'anatomie pathologique de l'hématocèle. La texture de la fausse membrane diffère d'ailleurs selon sa phase d'évolution. Au début, elle n'est qu'un simple caillot fibrineux, une lame fibrino-globulaire étalée à la face interne de la séreuse, et constituée par un réseau irrégulier de fibrine dont les mailles renferment des globules blancs et rouges. Plus tard, la néomembrane s'organise : dans sa couche la plus interne, sous-jacente au dépôt fibrineux, la séreuse se vascularise et donne naissance à des bourgeons charnus parcourus par des vaisseaux de néoformation à parois embryonnaires. Or, ces capillaires de formation nouvelle ont une particulière fragilité. Sous l'influence de causes que nous établirons par la suite,

ils se rompent et cette rupture est l'origine d'un épanchement sanguin qui tend à distendre les deux feuillets de la séreuse vaginale et à se collecter dans la cavité ainsi formée.

De ce simple exposé il résulte qu'en somme deux éléments primordiaux entrent en ligne pour constituer l'hématocèle vaginale : l'épaississement de la séreuse avec formation de néomembranes et l'épanchement hémorragique.

Gosselin, nous l'avons dit, a montré que de ces deux éléments, c'était l'épaississement de la séreuse avec formation de néomembranes qu'on devait considérer comme la lésion primordiale, l'hémorragie n'étant qu'une complication et par suite un élément accessoire.

C'est d'après cette conception pathogénique que l'hémorragie n'est plus regardée que comme secondaire, et qu'on ne s'en occupe que pour rechercher la cause qui a pu provoquer la rupture des vaisseaux des néomembranes aboutissant de la vaginalite chronique.

CHAPITRE II

Pachyvaginalite hémorragique avec lésions tuberculeuses spécifiques

Dans la séreuse vaginale, comme dans toutes les autres grandes séreuses de l'économie, l'inflammation peut avoir pour conséquence, soit un épaissement simple des parois (vaginalite chronique simple), soit et plus souvent la formation de fausses membranes déposées à la surface de la séreuse en couches plus ou moins épaisses (pachyvaginalite). A cette lésion s'ajoute presque fatalement un épanchement.

Il y a lieu toutefois, comme nous l'avons dit dans notre introduction, de considérer que l'hématocèle vaginale peut se produire dans deux conditions distinctes : tantôt la séreuse est déjà le siège d'un épanchement séreux, tantôt elle est saine en apparence ou du moins n'est pas distendue antérieurement par une hydrocèle.

La pachyvaginalite avec hydro-hématocèle, c'est-à-dire avec hémorragie se produisant dans une vaginale déjà distendue par un épanchement séreux est connue depuis longtemps et la pathogénie en est simple. D'après l'exposé rapide que nous avons fait de l'anatomie pathologique de la pachyvaginalite

hémorragique, il apparaît nettement, et, c'est la théorie même de Gosselin, que les parois de la vaginale acquièrent une épaisseur considérable, état qui résulte soit de l'épaississement propre de la séreuse, soit de la présence de dépôts membraneux accumulés à sa surface interne. Il est évident que lorsque ces conditions anatomiques existent, et nous verrons par la suite comment et sous quelles influences elles s'établissent, une hémorragie doit se produire assez facilement par rupture des vaisseaux jeunes et à parois minces qui se sont développés dans les néomembranes.

Les causes de cette vaginalite qui devient ainsi hémorragique se confondent évidemment avec celles de la vaginalite séreuse qui l'a précédée. Ces causes sont multiples, mais il est un genre d'hydrohémato-cèle que l'on a considéré comme symptomatique d'une affection testiculaire née sous l'influence d'une infection frappant primitivement la glande et secondairement la séreuse d'enveloppe.

Or, parmi les infections capables de déterminer cette hémato-cèle vaginale, la tuberculose, d'après les travaux faits dans ces dernières années, semble devoir être mise au premier rang.

La tuberculose doit en effet compter parmi les affections du testicule qui peuvent déterminer non seulement des hydrocèles, observées souvent à la suite de ces lésions, mais aussi de véritables pachy-vaginalites avec épanchement hémorragique. C'est un fait qui paraît définitivement établi par Chassaignac d'abord, puis par Reclus et Mauclaire et nous

rapportons des cas bien étudiés et caractéristiques (obs. I, II, III).

« La pathologie générale, dit Reclus, nous apprend que les séreuses sont très sensibles aux altérations des organes qu'elles enveloppent. Les arthrites aiguës ou chroniques deviennent de plus en plus une affection des extrémités ; les synovites sont souvent des ténosites ; les pleurésies évoquent l'idée d'une lésion pulmonaire, et pour ce qui est de la glande spermatique, M. Panas ne soutient-il pas depuis longtemps que les hydrocèles ont pour origine quelque tare de l'organe. »

Quoi qu'il en soit de cette opinion, il est certain que les inflammations des séreuses doivent dans certains cas succéder aux lésions des organes qu'elles enveloppent. La vaginale ne peut échapper à cette loi et nombreuses sont les observations rapportées qui montrent la formation de néomembranes consécutives à des altérations du testicule. On les a signalées dans quelques cas de sarcome et M. Reclus, dans sa thèse de doctorat, relate de nombreux exemples où des périépididymites et des périorchites intenses enveloppaient des organes dégénérés. M. Tédénat a récemment appelé l'attention sur les pachyvaginalites survenues au cours d'une syphilis de la glande testiculaire.

La tuberculose doit donc elle aussi prendre place à côté de ces diverses infections, et être regardée comme capable de déterminer une pachyvaginalite consécutive à des lésions testiculaires spécifiques.

Dans les observations que nous avons rapportées,

ce caractère de lésion vaginale secondaire à la tuberculose testiculaire est bien mis en évidence. Dans toutes on voit que le testicule présentait des lésions tuberculeuses spécifiques, granulations ou gommès déjà arrivées à l'état de ramollissement, et que les mêmes lésions à des degrés égaux ou différents se retrouvent sur la séreuse très épaisse, stratifiée et distendue par un épanchement hémorragique.

Nous n'insisterons pas sur la question de savoir si c'est le testicule lui-même ou seulement l'épididyme dont les lésions retentissent sur la séreuse vaginale. Kocher, il y a longtemps, a admis que ce sont les lésions de l'épididyme qui sont surtout facteurs de la pachyvaginalite. Une planche de son livre montre qu'il existe des rapports vasculaires étroits entre la tête épидидymaire et le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Il est facile de concevoir que dans ces conditions, la séreuse sera nécessairement compromise dans les inflammations tuberculeuses de l'épididyme.

Quoi qu'il en soit, peu nous importe ce point spécial, puisque dans son ensemble cette forme de pachyvaginalite tuberculeuse avec hydro-hématocèle est en somme bien connue et qu'il n'y a pas grand intérêt à s'y arrêter plus longtemps.

Tout autre au contraire est la seconde forme de pachyvaginalite avec hydro-hématocèle que nous avons à considérer et dans laquelle nous admettons, en insistant particulièrement sur ce point, que l'infection tuberculeuse frappe primitivement et exclusivement la séreuse vaginale, laissant intacte la glande testiculaire sous-jacente.

C'est en somme une notion relativement récente, et il n'y a pas très longtemps que, comme nous l'avons dit précédemment, l'on admettait encore que la tuberculose des séreuses était toujours secondaire. Les données acquises dans ces dernières années nous prouvent qu'il y a dans les séreuses plus d'inflammations primitives qu'on ne le pensait, et nous savons que des infections générales peuvent frapper les séreuses sans qu'il y ait participation des viscères sous-jacents. Une séreuse doit en effet être considérée comme un organe indépendant et peut être frappée primitivement sans que l'organe qu'elle enveloppe se ressente de la lésion.

Dans presque toutes les observations publiées récemment de la tuberculose primitive de la séreuse vaginale, on a, dans la plupart des cas, considéré la vaginalite lorsqu'elle s'accompagnait d'un épanchement séreux. Si l'on étudie ces observations, on voit qu'elles ont en vue des cas d'hydrocèles symptomatiques d'une tuberculose primitive de la séreuse. Nous n'en avons rapporté qu'une seule ayant nettement rapport à la question qui nous occupe. Dans celle-ci (obs. IV), Goldmann rapporte un cas de pachyvaginalite hémorragique avec lésions tuberculeuses spécifiques siégeant uniquement sur la séreuse, le testicule sous-jacent étant sain. Nous n'avons pas voulu rapporter certaines observations d'hydrocèle tuberculeuse, parce qu'elles ne rentraient pas directement dans notre sujet, mais nous croyons qu'il nous est permis de nous appuyer sur elles pour édifier notre théorie.

En considérant en effet la vaginalite tuberculeuse primitive accompagnée d'un épanchement séreux, on n'envisage que les résultats immédiats de l'infection.

Mais, comme nous le disait encore récemment M. le professeur Poncet, pour arriver à la pachyvaginalite hémorragique, il ne s'agit en somme que de franchir un degré de plus, que de considérer les suites éloignées de cette même infection. Dans la forme d'hématocèle dont nous nous sommes occupé jusqu'ici, la vaginale est souvent distendue par un épanchement séreux, et ce n'est qu'à longue, et par suite de l'épaississement de la vaginale, de sa stratification et de sa vascularisation nouvelle que l'hydrocèle se transforme en hématocèle, constituant ainsi l'hydro-hématocèle.

Nous croyons donc qu'en suivant l'évolution normale de l'hydrocèle tuberculeuse, avec lésions primitives de la séreuse, on pourrait réellement conclure que la tuberculose peut faire l'hématocèle comme elle fait l'hydrocèle, en frappant primitivement et exclusivement la séreuse vaginale.

CHAPITRE III

Pachyvaginalite sans lésions tuberculeuses spécifiques avec hématocèle d'emblée.

La seconde catégorie de pachyvaginalites hémorragiques que nous ayons à considérer, comprend les cas dans lesquels l'épanchement sanguin est primitif, c'est-à-dire se déclare d'emblée dans une vaginale privée de tout épanchement séreux.

Or, s'il est aisé, comme nous venons de le voir dans le chapitre précédent, d'analyser l'évolution de la pachyvaginalite hémorragique succédant à une hydrocèle, en passant par la phase intermédiaire de vaginalite avec épanchement séro-fibrineux, il est plus difficile d'interpréter les faits quand l'épanchement se produit dans une séreuse indemne, au moins en apparence, de toute inflammation.

C'est, en somme, poser cette question encore bien mal connue de l'étiologie de ces hématocèles se développant subitement sans qu'on puisse le plus souvent rapporter leur apparition à une cause bien définie.

Parmi les différents facteurs ou supposés tels d'hématocèle d'emblée, celui que la plupart des auteurs mettent le plus souvent en cause est le traumatisme,

surtout le traumatisme répété, tel que celui, par exemple, auquel sont soumis les cavaliers dont les bourses heurtent sans cesse le pommeau de la selle. S'il existe, en effet, des cas dans lesquels cette cause paraisse la seule que l'on puisse nettement invoquer, il ne faut pas oublier que nombre d'hématocèles attribuées par les malades à un traumatisme, lui sont en réalité antérieures, et c'est souvent, au contraire, à propos du traumatisme que les malades remarquent une lésion déjà plus ou moins ancienne.

N'est-il pas nécessaire, en effet, même lorsqu'il s'agit d'une hématocèle dite traumatique de supposer, dans la plupart des cas, une altération préexistante de la vaginale. Gosselin a démontré que l'issue spontanée de sang fourni par une membrane aussi faiblement vascularisée que la vaginale est impossible. L'expérience suivante attribuée à Koch et rapportée dans la thèse d'Eldnitz paraît elle-même assez concluante : « Un chien de taille moyenne fut disposé de façon que ses bourses reposaient sur un plan résistant en bois. Après avoir narcotisé l'animal, on asséna de violents coups de marteau sur les testicules. L'un fut extirpé une demi-heure après, lorsque le scrotum ne présentait d'autres altérations qu'une suffusion sanguine ; on trouva de petites ecchymoses isolées rondes et oblongues sous l'enveloppe séreuse de l'épididyme et dans l'endroit où celui-ci se continue avec la séreuse du testicule, surtout dans la partie inférieure. Le parenchyme testiculaire était sans altération ; point d'épanchement dans la cavité vaginale. Le deuxième testicule fut enlevé au bout de trois

sémaines et l'on n'y trouva pas trace d'épanchement sanguin; seulement, dans le tiers inférieur de l'épididyme, sous la surface du côté externe, s'était développé un abcès du volume d'un pois. »

A côté du traumatisme, on cite d'ordinaire comme causes productrices d'hématocèle d'emblée l'effort et la ponction des bourses. Pour ce qui est de celle-ci, Reclus dit que dans la plupart des cas, l'hématocèle ne doit pas être attribuée à la ponction suivie d'injection modificatrice, mais qu'au contraire la vaginale est lésée avant toute intervention. Il admet, en revanche, que l'effort seul peut être incriminé comme provocateur d'un épanchement hémorragique dans une vaginale absolument saine. Il cite à l'appui de son assertion le cas rapporté par Salvin, concernant un cordonnier chez lequel survint une large ecchymose du scrotum après une violente quinte de toux; on incisa et l'on trouva une suffusion sanguine due à la rupture de la vaginale.

Mais rien n'indique en somme que dans ce cas la séreuse vaginale était absolument saine, puisqu'aucun examen sérieux n'a été pratiqué, pour la raison qu'il n'y avait aucune trace visible de lésions. C'est pour cela qu'il convient, à notre avis, d'être réservé, car nous savons aujourd'hui qu'il ne suffit plus d'un examen macroscopique et superficiel pour déclarer que la vaginale est absolument intacte.

C'est peut-être d'ailleurs ce défaut d'observation, ce défaut d'examen qui a fait qu'on a rattaché trop souvent au traumatisme ou à l'effort, des hématocèles vaginales dont il aurait fallu chercher la cause véri-

table dans les modifications de structure de la séreuse. Ce que nous avons voulu montrer en effet dans les lignes précédentes, c'est qu'on a souvent confondu la cause occasionnelle ou accidentelle avec la cause déterminante, et qu'on n'a pas vu qu'il fallait rechercher cette cause déterminante dans la séreuse elle-même, et non dans une série de chocs ou de froissements qui ne sont qu'un accident dans l'évolution de l'affection.

S'il est vrai qu'un épanchement sanguin se produisant brusquement dans une membrane aussi peu vascularisée que la séreuse vaginale doit être considéré comme chose impossible, tout s'explique au contraire de la façon la plus plausible si l'on admet l'existence d'un état inflammatoire antérieur de la séreuse, de ce que Monod appelle « une de ces vaginalites larvées si souvent constatées à l'autopsie sans que rien sur le vivant ait pu y faire songer, mais qui modifient cependant profondément l'état anatomique de la vaginale. » Déjà, même chez les auteurs qui n'ont pas étudié complètement cette question, on marque une certaine hésitation au chapitre étiologie de l'hémato-cèle d'emblée. Beaucoup de pachyvaginalites, dit Reclus, naissent d'une manière insidieuse ; Cooper lui-même avait déjà remarqué que dans ces cas, il y a quelque défaut dans la constitution de l'individu. Il y voit une maladie du foie ; nous y verrons plutôt certaines infections et en première ligne la tuberculose.

C'est, nous l'avons dit, une question définitivement tranchée aujourd'hui que de considérer beaucoup d'hydrocèles essentielles comme de nature bacillaire.

Il était donc logique de supposer, comme le faisait M. le professeur Poncet dans la première leçon clinique dont nous avons parlé, que l'hématocèle d'emblée de la vaginale pouvait, comme certaines pleurésies hémorragiques, comme certaines hémarthroses spontanées, être de nature tuberculeuse.

C'est en effet en rapprochant, en comparant l'évolution de l'hématocèle vaginale avec celle de la pleurésie hémorragique, de la péritonite hémorragique et de l'hémarthrose spontanée, que nous avons été amené à soulever cette hypothèse que pour la première de ces affections on pouvait adopter les théories admises récemment pour les deux autres, en la rattachant à l'infection tuberculeuse. Toutes les séreuses de l'économie ont la même organisation, sont sujettes aux mêmes affections, et le mécanisme de leur infection doit être le même qu'il s'agisse de la plèvre, du péricarde, du péritoine ou de la vaginale.

Or, il paraît bien établi aujourd'hui que certaines pleurésies hémorragiques dont l'interprétation pathogénique était autrefois absolument obscure, doivent être rangées sous l'étiquette tuberculeuse. M. Dieulafoy qui les distingue en deux catégories, range dans la seconde, qui nous intéresse plus particulièrement, la pleurésie hémorragique qui apparaît comme la révélation initiale de la tuberculose ; elle est le résultat d'une tuberculose locale de la plèvre ou du moins d'une tuberculose pleurale primitive. Nous retrouvons ainsi la question des tuberculoses locales que nous avons discutée dans le chapitre précédent en indiquant que la bacilliose peut débiter par une sé-

reuse comme par tout autre organe, y rester cantonnée plus ou moins longtemps et guérir sans se généraliser. Il s'ensuit donc que la pleurésie hémorragique comme la pleurésie séro-fibrineuse peut résulter d'une tuberculose initiale de la plèvre. « De même, dit M. Dieulafoy, que certaines personnes ont des hémoptysies bien longtemps avant les autres signes de tuberculose pulmonaire, de même d'autres personnes ont des pleurésies hémorragiques qui devancent tout autre symptôme. »

Aussi M. Dieulafoy n'admet-il plus ce qu'on appelait autrefois l'hématome idiopathique de la plèvre. « Plus je vais, dit-il, plus je crois à la rareté de l'hématome pleural ; c'est presque toujours de la tuberculose. » Il cite d'ailleurs à l'appui de sa thèse plusieurs observations fort intéressantes et entre autres, celle d'un homme auquel il pratiqua deux fois la thoracentèse, retirant à chaque ponction une certaine quantité de liquide hémorragique. Comme l'état général était resté bon et qu'il n'y avait chez ce malade aucun signe de bacillose pulmonaire, on fut tenté de croire qu'il s'agissait d'un hématome idiopathique, et c'est peut-être le diagnostic auquel on se fût arrêté si l'on n'avait pu suivre l'évolution de cet hématome.

Mais moins d'une année après, revenu à l'hôpital, le même malade fut trouvé porteur de signes de tuberculose pulmonaire évidents. Le soi-disant hématome pleural n'était donc qu'une pleurésie hémorragique tuberculeuse.

A côté de la pleurésie hémorragique telle que la conçoit M. Dieulafoy, nous croyons devoir signaler

la péritonite hémorragique symptomatique d'une tuberculose du péritoine et dans laquelle l'épanchement est encore le seul signe révélateur de la lésion tuberculeuse.

C'est Henri Claude, qui, dans la *Revue de la Tuberculose*, a mis au point cette question d'ailleurs encore peu connue.

« Il s'agit, dit-il, de sujets atteints de tuberculose péritonéale tout au début, n'ayant pas encore donné lieu à des symptômes appréciables, qui sont pris brusquement de manifestations abdominales extrêmement douloureuses et rappelant d'une façon générale le tableau de la péritonite suraiguë, et qui meurent en un laps de temps très court dans l'algidité et au milieu de phénomènes en imposant plutôt pour une affection péritonéale ou intestinale que pour une hémorragie interne. L'autopsie montre l'existence d'une accumulation considérable de sang dans le péritoine, dont l'origine est difficile à retrouver. Le diagnostic est un des plus embarrassants et l'on est tenté, dans ces cas, de croire à une appendicite, à une péritonite par perforation gastrique ou intestinale. »

Henri Claude rapporte à ce sujet plusieurs observations dans lesquelles on ne relève pas de signes certains, c'est-à-dire de lésions macroscopiques permettant de supposer qu'il s'agit de péritonites tuberculeuses. Mais les malades qui font l'objet de ces observations étaient nettement tuberculeux : les hémoptysies notées antérieurement, la constatation des adhérences pleurales généralisées sont des indications suffisamment convaincantes.

Au point de vue clinique donc, les malades d'Henri Claude n'avaient aucun signe de péritonite tuberculeuse avant l'apparition de l'hémorragie. Celle-ci est donc le premier symptôme révélateur de l'infection.

C'est donc bien qu'il s'agit d'une hémorragie péritonéale révélant une tuberculose miliaire latente du péritoine, analogue à l'hémorragie premier signe d'une tuberculose latente de la séreuse vaginale.

Sans vouloir reprendre un exposé de ce genre pour l'hémarthrose de nature tuberculeuse, nous dirons simplement que c'est l'adoption définitive de cette interprétation pathogénique pour les séreuses pleurale, péritonéale et articulaires, qui nous a tout naturellement amené à l'appliquer à la séreuse vaginale. La marche de l'hématocèle, si longue, si insidieuse, cadre bien avec les allures de ces tuberculoses locales latentes évoluant presque à l'insu du malade.

Nous croyons donc que c'est dans cette voie qu'il faut chercher la cause initiale agissant insidieusement et qui a fait tant hésiter les auteurs sur la nature de l'hématocèle d'emblée. Nous l'avons vu en exposant les théories admises sur les facteurs de l'épanchement hémorragique dans la cavité vaginale, montrant que le traumatisme et l'effort n'étaient pas les causes véritables de l'hématocèle et qu'il fallait plutôt chercher ces causes dans la séreuse elle-même et dans les modifications de structure qu'elle subissait.

Ces modifications, nous en avons maintenant la preuve, sont très vraisemblablement dues à des éléments infectieux frappant insidieusement la séreuse et

nous avons mis en première ligne la tuberculose, faisant ainsi de l'hématocèle le signe révélateur d'une tuberculose latente avec lésions purement inflammatoires, comme on a fait de la pleurésie hémorragique et de la péritonite hémorragique le signe révélateur d'une tuberculose latente de la plèvre et du péritoine.

Reste à fournir, comme il convient dans un travail de ce genre, la preuve clinique de la théorie que nous avons exposée, par des observations nettes et probantes. Nous n'avons pu malheureusement trouver qu'un seul cas qui remplissait ces conditions et on nous objectera qu'une observation n'est pas absolument suffisante pour appuyer une théorie. Certes, il n'a pas dépendu de nous d'apporter plus de pièces à l'appui de la thèse que nous soutenons. Comme nous le disions au début de cette étude, c'est parce que le fait est neuf, c'est parce que les recherches des auteurs n'étaient pas dirigées dans ce sens que nous n'avons pu trouver qu'un cas nettement relaté.

Nous n'avons pas cru pouvoir, en effet, publier l'observation qui a soulevé en quelque sorte l'idée de cette thèse, car l'examen des pièces avait été fait d'une façon trop incomplète pour qu'on puisse arriver à des conclusions fermes. Pourtant, comme nous l'avons dit, toutes les probabilités, mais toutes les probabilités seulement, portaient à croire que chez notre malade il s'agissait d'une hématocèle de nature tuberculeuse, avec lésions uniquement inflammatoires.

La seule observation que nous ayons pu recueillir (obs. V) est très caractéristique et paraît au-dessus de toute critique. L'examen complet microscopique

des pièces anatomiques permet d'établir des conclusions absolument fermes sur la nature tuberculeuse de la lésion. Nous notons tout d'abord un épanchement hémorragique, puis à l'examen macroscopique un testicule atrophié, mais absolument indemne, c'est-à-dire ne présentant ni granulations tuberculeuses, ni foyers caséeux. La séreuse vaginale, fait sur lequel il convient particulièrement d'insister, est feuilletée, stratifiée, mais comme la glande testiculaire sous-jacente, ne présente ni granulations, ni foyers caséeux, c'est-à-dire aucune des lésions bacillaires ordinaires et telles que nous les avons relevées, lorsque nous avons examiné la question des pachyvaginalites secondaires. En apparence donc, la vaginale paraît saine ou du moins ce qu'on considérerait autrefois telle, c'est-à-dire sans lésions tuberculeuses apparentes et appréciables. C'est qu'en effet l'examen superficiel ne suffit pas pour conclure à l'intégrité de la séreuse ; il faut le compléter par une étude microscopique. Or, que nous dit l'observation à ce sujet : à l'examen histologique, on trouve des cellules géantes et des bacilles de la tuberculose.

On s'explique ainsi pourquoi certains auteurs ont parlé de ces vaginalites larvées souvent constatées à l'autopsie et qui modifient profondément l'état anatomique de la séreuse vaginale. C'est dans la séreuse elle-même qu'il faut chercher la cause de ces modifications ; c'est là que l'on trouvera, comme on l'a fait dans le cas que nous rapportons, la véritable signature de la lésion, que seul le microscope a permis de dévoiler.

Ainsi apparaît évidente et nettement mise en relief par cette observation, la notion étiologique de l'hématocèle d'emblée, telle que nous l'avons décrite avec sa modalité spéciale. Nous la faisons d'ailleurs présenter au début de ce chapitre quand nous disions qu'il fallait chercher l'explication de la lésion dans les modifications intimes de la séreuse et ne pas donner au traumatisme ou à l'effort d'autre importance que ne peut en avoir un accident survenant dans l'évolution d'une affection.

Devons-nous conclure de ces faits que toutes les hématocèles vaginales primitives ou d'emblée sont d'origine tuberculeuse? Non, certes, ce n'est pas là notre intention, et nous voulons seulement conclure qu'il y a une variété d'hématocèle d'emblée que l'on doit rapporter à la tuberculose, notion nouvelle et bien intéressante à mettre en relief, car, comme nous l'avons dit, elle ne paraît exposée nulle part dans les traités classiques.

Telle qu'elle est ainsi définie, l'hématocèle d'emblée d'origine tuberculeuse nous a paru quelque peu rappeler cette forme d'hydrocèle toute spéciale rapportée par notre camarade Duc dans sa thèse inaugurale, et qu'il appelle l'hydrocèle essentielle d'origine tuberculeuse. L'observation fort intéressante qui fait l'objet de ce travail relate que chez un malade tuberculeux avéré, on a noté une hydrocèle. Or, à l'opération, on observe que la séreuse vaginale est absolument saine, qu'elle n'offre aucune modification anatomique spéciale, et que la glande testiculaire est absolument normale; la seule lésion apparente, en somme, est

l'épanchement séreux. On fait des inoculations avec ce liquide à des cobayes, et au bout de quelque temps, en faisant leur autopsie, on trouve des ganglions qui sont tuberculeux et quatre tubercules très nets dans le foie. Conclusion, le liquide de l'hydrocèle était de nature tuberculeuse.

Mais alors comment expliquer cette intégrité de la glande testiculaire et de la séreuse vaginale. En considérant qu'il s'agit ici d'une tuberculose pour ainsi dire, spéciale, dans laquelle l'épanchement constitue à lui seul, aussi bien à l'investigation clinique qu'à l'examen anatomo-pathologique toute l'affection. « A peine décèle-t-on sur la séreuse quelques traces de lésions banales de congestion ou de desquamation épithéliale du revêtement séreux. Il y a un processus inflammatoire et pas autre chose. C'est à proprement dans ces cas que l'on peut dire qu'il s'agit d'un épanchement essentiel. »

Ce caractère tout particulier a permis à Duc de conclure qu'il s'agit d'une de ces vaginalites d'origine tuberculeuse, d'apparence essentiellement et uniquement inflammatoire, tout à fait assimilable à l'inflammation bacillaire d'autres séreuses, articulaires, tendineuses, sur lesquelles M. le professeur Poncet a particulièrement attiré l'attention dans ces dernières années et qui constituent le rhumatisme tuberculeux.

Dans ces vaginalites purement inflammatoires l'infection tuberculeuse ne se révèle par aucune modification macroscopique autre que l'épanchement séreux et l'inoculation seule signe, pour ainsi dire, la lésion.

C'est pour cette raison, d'ailleurs, que nous avons hésité avant de rapprocher l'observation de Duc de celle que nous avons rapportée. Dans la nôtre, en effet, les inoculations n'ont pas été faites, mais l'examen histologique a montré que la séreuse, qui en apparence et macroscopiquement ne présentait aucune lésion spéciale contenait en réalité des bacilles de Koch. « Nos recherches sont encore trop récentes, dit Duc, pour que nous puissions affirmer que, toujours, dans les lésions simplement inflammatoires réactionnelles des séreuses d'origine tuberculeuse le bacille dût constamment faire défaut. Nous croyons que beaucoup de lésions inflammatoires sont dues au poison tuberculeux et que, dans certains cas, le bacille peut n'y être pour rien. Mais qu'on le rencontre ou non, il ne s'agit pas moins, en pareil cas, d'un processus phlegmatique simple, sans édification pathologique spécifique. »

C'est donc en dernière analyse, cette condition primordiale, consistant dans l'absence d'édification pathologique spécifique qui fait réellement l'hydrocèle essentielle tuberculeuse. Or, cette même condition est absolument remplie par notre observation : la séreuse vaginale est épaissie, stratifiée, mais ne présente aucune des lésions tuberculeuses spécifiques, granulations, tubercules ou gommes.

Des faits plus nombreux et mieux étudiés devront, par la suite, mettre au point cette question toute neuve ; mais nous croyons qu'à côté de l'hydrocèle on pourra ranger l'hématocèle essentielle d'origine tuberculeuse. La forme d'hématocèle que nous avons

étudiée et que nous considérons comme symptomatique d'une tuberculose latente de la vaginale, serait le terme de transition pour arriver à l'hématocèle essentielle liée à des lésions purement inflammatoires de la séreuse dues à l'empoisonnement tuberculeux.

Dans l'hématocèle d'emblée telle que nous l'avons définie, l'épanchement hémorragique reste symptomatique de lésions bacillaires de la vaginale, lésions atténuées et latentes, mais qui n'en existent pas moins réellement.

Il devient par là même plus aisé de comprendre l'hésitation des auteurs quand ils devaient interpréter certains cas d'hématocèles liées à des vaginalites qu'ils appelaient larvées et qui échappaient à leur observation. Les causes qu'ils invoquaient, traumatisme ou effort n'étaient le plus souvent que des accidents, la véritable lésion résidant dans ces modifications intimes de la séreuse, évoluant sous l'influence d'une infection qui leur restait inconnue, et que nous avons voulu montrer, être, dans certains cas au moins bien établis, l'infection tuberculeuse.

CHAPITRE IV

Essai d'interprétation pathogénique.

Nous n'avons pas l'intention de traiter ici complètement la question, d'ailleurs fort complexe, d'interprétation pathogénique, et nous voulons tout d'abord laisser de côté ce qui a rapport à la pachyvaginalite avec hématoçèle succédant à une hydrocèle, soit que la tuberculose frappe d'abord la glande testiculaire et secondairement la vaginale, soit qu'elle se localise primitivement sur la séreuse.

Les lésions tuberculeuses que nous avons observées, dans les deux ordres de cas sont typiques et rien n'est plus facile que d'expliquer l'épanchement hémorragique par ces lésions mêmes exerçant une action nécrosante sur les vaisseaux de néoformation qui se sont développés dans les fausses membranes de la séreuse épaissie et stratifiée.

Plus intéressante au contraire, et aussi plus difficile à résoudre, est la question d'interprétation pathogénique de la seconde forme d'hématoçèle vaginale que nous avons considérée, nous voulons dire l'hématoçèle d'emblée.

Ici, en effet, plus de lésions bacillaires spécifiques : un testicule et une séreuse vaginale absolument in-

•

demnes au point de vue tuberculeux. Tout simplement un certain degré d'épaississement de la séreuse et un épanchement hémorragique. L'infection tuberculeuse n'est révélée que par l'examen histologique grâce auquel on découvre des cellules géantes et des bacilles de Koch.

Que peut-on en conclure ?

L'étiologie tuberculeuse était évidente. Sans doute l'édification anatomo-pathologique habituelle, caractéristique manquait, mais le bacille dévoilé par l'examen microscopique était là qui signait la lésion.

D'ailleurs, nous l'avons dit, on commence à ne plus exiger d'une lésion, pour en reconnaître la nature tuberculeuse, qu'elle présente ces lésions avancées qui sont la granulation, le tubercule, l'infiltration tuberculeuse. On tend de plus en plus à admettre, comme le montrent les travaux de Castaigne, que des lésions tuberculeuses en réalité, peuvent très bien ne pas l'être au point de vue anatomo-pathologique.

Nous ralliant ainsi à ces conclusions, nous pouvons admettre qu'il s'agit d'une tuberculose atténuée ne donnant lieu qu'à une réaction minime de l'organisme.

Toxines et microbes, qui sont ici les agents actifs de l'infection, arrivés au niveau de la séreuse, entraînent par leur présence des désordres anatomiques. Mais l'intensité des lésions qu'ils déterminent sera proportionnelle à leur degré de virulence. Le bacille assaillant est-il en nombre et très virulent, son implantation aboutira à une lésion profonde, tubercule ou infiltration tuberculeuse; est-il au contraire en

petite quantité et d'une virulence atténuée, la réaction de l'organisme triomphera à peu de frais de l'invasion microbienne. Un exsudat fibrineux s'organisant rapidement en fausses membranes suffira pour emprisonner et réduire à néant les éléments pathogènes.

En somme, la fausse membrane est un élément de défense, constituée d'abord par des couches stratifiées de fibrine qui s'organisent ensuite grâce à des néoformations vasculaires.

D'ailleurs ce rôle important de la fibrine en pathologie générale a été nettement mis en relief par un très intéressant travail de MM. Gilbert et Fournier. Ils ont montré que l'hyperfibrinose jouait un rôle très important dans la défense de l'organisme, notamment au cours de la tuberculose des séreuses. « Le bacille tuberculeux, disent-ils, est en nombreuses circonstances fibrinogène. C'est en particulier sur les séreuses que cette propriété se manifeste. Qu'il s'agisse de pleurésie, de péricardite, de vaginalite l'exsudat séro-fibrineux, les fausses membranes souvent très abondantes témoignent de l'intensité de l'hyperfibrinose locale. Cet afflux fibrineux, commandé par l'hyperfibrinose générale, se présente donc comme une réaction commune à des infections diverses ; mais il a pour chacune d'elles la même signification, quel que soit le point où il se produise, tissu cellulaire, surface des muqueuses, cavités séreuses. »

Le rôle de la fibrine transsudée est toujours le même : emprisonner les microbes pathogènes, enrayer leur dissémination et peut-être, dans une certaine

mesure, la diffusion de leurs toxines et empêcher l'envahissement de l'organisme. En somme, l'hyperfibrinose générale et locale doit être considérée comme une réaction salutaire et la fibrine ainsi produite en excès prend une part très importante dans la résistance de l'organisme aux infections.

Reste alors à interpréter l'hémorragie, c'est-à-dire à rechercher les causes qui déterminent la rupture des vaisseaux de néoformation qui s'organisent dans ce tissu fibrineux de défense contre l'infection tuberculeuse.

Peut-être ici convient-il tout d'abord de reprendre les anciennes interprétations et d'en tenir un certain compte, en admettant que le traumatisme sous ses diverses modalités doit jouer un rôle. C'est, comme nous l'avons dit déjà, l'accident qui vient brusquement provoquer la rupture des vaisseaux néoformés dans cette séreuse modifiée dans sa structure et son organisation intime par l'infection tuberculeuse, marquant ainsi une phase nouvelle dans l'évolution insidieuse d'une affection qui jusque-là avait pu rester ignorée.

Mais le traumatisme ne peut pas être toujours invoqué et nous avons signalé des cas rapportés par les auteurs dans lesquels le point de départ de l'hémorragie échappait à toutes les recherches et ne pouvait être rapporté à aucune cause connue. N'est-ce pas dans ces cas alors que nous sommes en droit de mettre en avant l'infection tuberculeuse elle-même, en lui faisant jouer le rôle de cause productrice d'hémorragie. Ce n'est plus l'action nécrosante que

l'on peut invoquer ici, mais vraisemblablement, l'action congestionnante se faisant sentir sur les vaisseaux néoformés aux parois minces et friables.

Sans vouloir nous appuyer sur la théorie de Jacoud qui admet que l'épanchement sanguin en général peut se produire uniquement par diapédèse, il semble que la congestion de la néomembrane, que cet état inflammatoire entretenu constamment par une localisation tuberculeuse même atténuée et restant à l'état latent, doit être un facteur suffisant d'hémorragie. Peut-être aussi pourrait-on invoquer comme auxiliaire le rôle favorisant joué par la toxine tuberculeuse qui, comme l'a démontré le professeur Bouchard et comme l'ont prouvé les expériences faites avec la tuberculine possède, à elle seule une action vaso-dilatatrice très nette.

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I

(Goupil)

Pierre D...; 51 ans, blanchisseur, entre le 2 mars salle Broca, pour une tumeur du testicule gauche.

Cette tumeur est ovoïde, son volume se rapproche de celui d'une tête de fœtus, sa surface est parcourue par quelques varicosités ; elle est irrégulière, soulevée en certains points par des saillies arrondies ; par endroits la peau est adhérente.

Si l'on palpe la tumeur, on a dans presque toute l'étendue une sensation de dureté absolue ; en certains points on perçoit un peu de rénitence et enfin au niveau des quelques bosselures dont nous avons parlé, il y a une fluctuation très appréciable.

Si l'on examine la transparence, on la perçoit à la partie antérieure, mais l'obscurité est complète à la partie postérieure.

L'état général est bon.

Pas de nodosités dans le cordon, rien à la prostate ni aux vésicules séminales. Rien au poumon. Pas de ganglions inguinaux.

En interrogeant le malade, on recueille les renseignements suivants :

La tumeur actuelle s'est développée il y a cinq mois. Elle augmenta peu à peu de volume pour atteindre les dimensions qu'elle présente au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le malade, malgré sa tumeur, continua son travail et ce n'est que ces jours-ci en s'apercevant de la présence à la région interne du scrotum d'une nouvelle petite tumeur d'apparence inflammatoire qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

Pour ce qui est des antécédents héréditaires et personnels on relève :

Sur quinze frères et sœurs, huit sont morts, dit-il, de méningite et de cancer.

Sur sept enfants qu'il a eus lui-même, cinq sont morts en bas âge de méningite et de maladies indéterminées ; un est mort à quinze ans de tuberculose avérée (mal de Pott).

Lui-même a eu une pleurésie il y a huit ans. Pas de syphilis. Pas d'orchite blennorrhagique antérieure.

Le matin de son arrivée, le malade est examiné. Les signes objectifs fournis par la tumeur, l'évolution quelque peu anormale rendent le diagnostic assez épineux ; mais on semble se rallier aux deux hypothèses suivantes : hématocele ou sarcome. Et une intervention est décidée.

Etant donné l'état du testicule et l'épaisseur considérable des fausses membranes on pratique la castration.

Les suites opératoires sont simples.

A l'examen des pièces, on voit que l'épididyme est le siège de noyaux abcédés et que le testicule est parsemé de granulations. La vaginale distendue par un liquide brun hydro-hématique est très épaissie ; elle mesure en certains points plus d'un centimètre et montre une série de fausses membranes stratifiées entre lesquelles on trouve des foyers ramollis. Les parois de ces abcès contiennent des bacilles de la tuberculose.

Les inoculations au cobaye ont été positives.

OBSERVATION II

(In thèse de Vorbe)

F..., Pierre, 50 ans, fumiste, entre le 15 février 1897, dans notre service pour une tumeur du scrotum.

Rien à signaler dans son passé.

A la fin de décembre 1896, cet homme remarqua que ses bourses augmentaient de volume en même temps que son cordon droit, au niveau duquel il ressentait des douleurs de tiraillements qui rendaient tout travail pénible.

A l'examen, on note que le côté droit de ses bourses est distendu par une tumeur qui a le volume d'une grosse orange; sur son côté gauche, on aperçoit une saillie ovulaire, qui est le testicule gauche sain.

La tumeur est sphérique en avant, mais en arrière, elle présente une saillie comme une côte de melon. Toute sa partie antérieure, de surface régulière, est fluctuante. La partie postérieure est solide, bosselée, et donne tout à fait l'impression de l'épididymite tuberculeuse.

La sensibilité testiculaire est conservée dans cette masse solide, à la partie supérieure de la tumeur.

Nulle part il n'y a transparence.

La castration est pratiquée le 25 février.

L'examen des pièces nous montre que la partie fluctuante de la tumeur est constituée par une accumulation de liquide hydro-hématique dans la vaginale épaissie. La vaginale et le testicule présentent à l'examen macroscopique des lésions tuberculeuses nettes qui sont confirmées par l'examen histologique fait au laboratoire de M. le professeur agrégé Sabrazès.

OBSERVATION III (résumée)

(Mauclaire)

B..., âgé de 42 ans, entre à l'hôpital Bichat le 23 mai 1904, pour une tumeur du testicule droit qui a débuté il y a six mois.

La tumeur, qui a peu à peu augmenté de volume est de forme ovoïde, de la dimension d'une grosse orange. Elle est très irrégulière, présentant en certains points des saillies arrondies.

A la palpation, on note que la tumeur est rénitente. On a de la fluctuation, surtout marquée au niveau des bosselures et des saillies.

Il ne semble pas y avoir de transparence.

Interrogé au point de vue de ses antécédents, le malade déclare qu'il a eu une pleurésie il y a deux ans.

Une intervention est décidée et pratiquée quelques jours après l'entrée de ce malade dans le service.

A l'ouverture de la séreuse vaginale, on note une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent.

La séreuse est épaissie, stratifiée, et formée de plusieurs couches de tissu feuilleté. Elle est semée de granulations.

A la surface du testicule atrophié, on note comme sur la séreuse un semis de granulations tuberculeuses très apparentes.

Les inoculations et l'examen histologique ont confirmé la nature tuberculeuse de cette pachyvaginalite hémorragique.

OBSERVATION IV

(Goldmann)

Un homme de 23 ans, entre à la clinique de M. Kraske, pour une tumeur du scrotum sur le début de laquelle il ne peut fournir de renseignements précis. La tumeur qui n'est pas douloureuse à la pression est piriforme et remonte jusqu'à l'anneau inguinal externe. Elle est nettement fluctuante et donne en outre à la palpation la sensation d'une crépitation molle comme celle que produiraient de petits corps mobiles, libres dans la cavité vaginale.

A l'opération il s'écoule de la cavité vaginale un liquide jaune rougeâtre.

Le testicule et l'épididyme n'offrent aucune altération appréciable.

Sur l'albuginée se voient quelques végétations saignant facilement.

Le feuillet pariétal de la tunique vaginale est parsemé de nombreux tuberculés du volume d'un pois; ces tubercules existent surtout en grand nombre dans les parties déclives de la poche, tandis qu'ils sont très clairsemés à son pôle supérieur. Il est très épaissi et présente de nombreuses fausses membranes.

On réunit au scrotum les bords de la tunique vaginale et l'on termine l'opération par un tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée.

La guérison fut complète au bout d'un mois. L'opéré, revu au bout de dix-huit jours, était en bonne santé.

Une portion de la tunique vaginale avait été prélevée pour l'examen microscopique, qui démontra la nature tuberculeuse de l'affection.

OBSERVATION V

(Mauclaire)

C..., âgé de 40 ans, entre le 4 août 1903 à l'Hôtel-Dieu. Cet homme a eu dans son enfance plusieurs fièvres éruptives. Il est marié, sa femme et ses enfants se portent bien.

C'est il y a quelques mois qu'il s'est aperçu d'une légère tuméfaction de la bourse du côté droit, tuméfaction absolument indolente et qui ne le gênait nullement.

Le volume de cette tuméfaction augmenta brusquement dans ces derniers jours sans cause connue.

Depuis un an, ce malade a maigri de plusieurs livres sans cause appréciable.

Pas de syphilis.

Actuellement le volume de la tuméfaction est celui d'un très gros poing d'adulte. La peau est adhérente à sa partie antérieure; elle est rouge, il y a une circulation veineuse superficielle assez prononcée.

A la palpation la tuméfaction est lisse, assez régulière indépendante de l'orifice inguinal superficiel; elle ne pré-

sente pas de points nettement fluctuants. La paroi n'est pas dépressible.

La tumeur est légère, quand on la soupèse.

Le cordon spermatique est sain ; on ne sent pas battre l'artère spermatique.

La rougeur de la peau est due à une ponction exploratrice faite par le médecin traitant il y a quelques jours.

Pas d'adénite inguinale, ni d'adénite lombaire appréciable à la palpation.

Actuellement il y a un peu de douleur due à la rougeur cutanée sus-indiquée.

L'autre testicule est sain. La prostate est saine. Rien de suspect aux poumons.

L'état général est assez bon.

Le diagnostic fut hésitant entre une hématocele et une tumeur du testicule.

Le 12 août, une incision exploratrice est pratiquée ; la paroi de la poche est épaisse, lardacée.

La cavité ouverte, il sort un liquide hémorragique brunâtre, trois cuillerées à soupe environ.

Le testicule est repoussé en bas ; il est aplati, un peu atrophie. La surface de la vaginale est irrégulière, feuilletée, sans granulations ni foyers caséeux apparents.

On fait la décortication du testicule.

Les suites de l'opération furent régulières.

Examen de la pièce. — On note que la vaginale forme une coque très épaisse, fibreuse ; sa surface interne est irrégulière, recouverte de néomembranes brunâtres ; celles-ci tapissent le globe épидидymaire qui est situé en bas et en arrière.

En aucun point il n'y a de foyers abcédés ni caséeux.

Des fragments sont prélevés sur la vaginale qui recouvre le testicule et en un autre point opposé.

Ces fragments examinés au laboratoire de l'Hôtel-Dieu contiennent des cellules géantes et des bacilles de Koch.

Les inoculations n'ont pu être faites.

CONCLUSIONS

- I. Sous le nom de pachyvaginalite avec hémato-cèle de nature tuberculeuse, nous entendons une affection caractérisée par une inflammation chronique de la séreuse vaginale avec épanchement hémorragique dans l'intérieur de sa cavité, ces deux lésions étant facteurs de l'infection tuberculeuse.
- II. La tuberculose peut se manifester sous deux formes différentes : ou par des lésions spécifiques, ou par des lésions purement inflammatoires sans édification tuberculeuse proprement dite, mais relevant cependant de l'empoisonnement tuberculeux.
- III. La pachyvaginalite avec lésions spécifiques est secondaire à des lésions tuberculeuses de l'épididyme et du testicule, ou primitive avec localisation exclusive des lésions sur la séreuse, le testicule sous-jacent étant indemne. Elle s'accompagne d'un épanchement le plus souvent hydro-hématique.
- IV. La pachyvaginalite avec lésions purement inflammatoires sans édification tuberculeuse spécifique doit être considérée comme relevant d'une tuberculose latente de la vagi-

nale. Elle s'accompagne d'un épanchement hémorragique, dit hématocele d'emblée qui doit être regardé comme le seul signe macroscopique révélateur de l'infection tuberculeuse. L'examen histologique seul peut mettre en évidence la nature tuberculeuse de la lésion.

Cette forme de tuberculose doit être considérée comme analogue à la tuberculose d'autres séreuses, notamment des séreuses pleurale et péritonéale, qui ne se révèle macroscopiquement que par un épanchement hémorragique.

Cette notion étiologique permet d'interpréter certains cas d'hématocele d'emblée dont la cause déterminante réelle reste souvent inconnue, et qu'on a trop volontiers rapportés au traumatisme ou à l'effort qui doivent en réalité n'être regardés que comme causes accessoires et accidentelles.

VU :

Le Président de la Thèse

PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} décembre 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Hématocèle et son traitement. *Tribune médicale*, 1900.
- BASEIL. — De l'hématome du scrotum. Thèse de Nancy, 1890.
- BLANDIN. — Art. hématocèle. In *Dict. de méd. et de chirurgie pratique*. Paris, 1833.
- BOULLET. — Considérations sur l'anatomie, la physiologie pathol. de l'hématocèle de la tunique vaginale. Thèse de Paris, 1869.
- CASTAIGNE. — Recherches récentes sur la tuberculose des séreuses. *Revue de la tuberculose*, 1900.
- CLAUDE. — *Revue de la tuberculose*, 1903.
- CLOQUET. — De l'hématocèle vaginale. Thèse de Paris, 1846.
- DAVAINE. — Hématocèle de la tunique vaginale. Thèse de Paris, 1837.
- DIEULAFOY. — *Traité de path. int.*, tome I.
- DUC. — Thèse de Lyon, 1902-1903.
- FRANCON. — De l'hématocèle vaginale consécutive à la vaginalite. Thèse Paris, 1877.
- GALLETIER. — Contribution à l'étude de l'hématocèle vaginale. Thèse de Paris, 1886.
- GOLDMANN. — De la tuberculose de la tunique vaginale. *Semaine médicale*, 1893, n° 46.
- GOSSELIN. — Recherches sur l'épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale dans l'hématocèle. In *Arch. génér. de médecine*, 1831. Hématocèle vaginale. In *Clin. chirurg. de la Charité*, 1873.
- GOUPIL. — Pachyvagination tuberculeuse. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1891.

- GUILLON. — De l'hématocèle vaginale. Thèse de Paris, 1877.
- HAMONIC. — De l'hématocèle chez l'homme. *Rec. cliniq. d'androl. et de gynéc.* Paris, 1902.
- HUNTER. — Hematocèle specifica testis. Œuvres compl. de Hunter. Trad. Richelot, 1839.
- JAMAIN. — De l'hématocèle du scrotum. Thèse agr., Paris, 1853.
- LANNELONGUE. — Hématocèle vaginale. In *Gaz. hebdom. des sc. méd.* Bordeaux, 1880-1881.
- LEVASSEUR. — De l'hydrocèle et de l'hématocèle de la tunique vaginale. Thèse de Paris, 1857.
- MAUCLAIRE. — *Tribune médicale*, octobre 1903.
- MONOD et TERRILLON. — Maladies du testicule, 1889.
- ŒLDNITZ. — Thèse de Paris, 1886.
- PONCET (A.). — Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1903-1904.
- POULET et BOUSQUET. — De l'hématocèle. Leç. orales de clin. chir., 1841.
- RAFFRAY. — Hydro-hématocèle. *Bull. Société anatom.*, 1894.
- RECLUS. — Hématocèle vaginale. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1888.
- RECLUS et DUPLAY. — Traité de chirurgie, tome VII.
- RICHET. — Anat. et physiol. pathol. de l'hématocèle vaginale. In *Clin. chirurg.* Paris, 1893.
- RIEDEL. — Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Hœmatocèle tunicæ vaginalis. Halle, 1886.
- ROCHÉ. — Étude sur l'hématocèle vaginale. Thèse de Lyon, 1884.
- SIMONDS. — Sur la tuberculose de la vaginale. *Deustches Arch. für klin. Méd.* Leipzig, 1882.
- TERRILLON et SCHWARTZ. — Contribution à l'étude de la pathog. de la vaginalite. *Gaz. méd. de Paris*, 1879.
- THIRIAR. — De l'hématocèle ou vaginalite chronique. *Cliniq. Bruxelles*, 1887.
- VORBE. — Thèse de Montpellier, 1903.

